

Katarzyna Sitnik-Warchulska¹, Bernadetta Izydorczyk¹, Małgorzata Lipowska²

Wyzwania klinicznej diagnostyki psychologicznej dzieci i młodzieży. Rekomendacje konsultantów w dziedzinie psychologii klinicznej

Clinical psychological diagnosis in children and adolescents:
challenges and recommendations of consultants in clinical psychology

¹ Zakład Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

² Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański, Gdańsk, Polska

Adres do korespondencji: Katarzyna Sitnik-Warchulska, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński, ul. Łojasiewicza 4, 30-348 Kraków, e-mail: k.sitnikwarchulska@gmail.com

Streszczenie

Celem artykułu jest omówienie standardów diagnostyki klinicznej dzieci i młodzieży w kontekście modeli teoretycznych oraz praktyki psychologicznej. Współczesne standardy praktyki klinicznej nawiązują do postulatów praktyki opartej na dowodach (*evidence-based psychological practice*, EBPP). Obserwowany wzrost częstości problemów emocjonalnych, zaburzeń behawioralnych i psychicznych wśród coraz młodszych dzieci wymaga przede wszystkim właściwej, interdyscyplinarnej diagnozy. Wskazują na to standardy opracowywane i rekomendowane na świecie. Istotną rolę odgrywa tu psychologiczna diagnostyka kliniczna. Stanowi ona rozłożony w czasie proces, uwzględniający zarówno kontekst indywidualny, rozwojowy, jak i biopsychosocjalny charakter trudności doświadczanych przez dziecko. Zasadniczą częścią diagnostyki jest wnioskowanie na podstawie wywiadu, obserwacji i wyników standaryzowanych testów psychologicznych, pozwalających odwołać się do badań klinicznych i teorii naukowych. W artykule szczegółowo omówiono zalecane na świecie standardy psychologicznej diagnostyki klinicznej oraz specyfikę diagnozy klinicznej u dzieci i młodzieży. Jednocześnie przedstawiono wytyczne odnośnie do klinicznej diagnostyki psychologicznej dzieci i młodzieży w odniesieniu do polskich realiów. Sporządzono wykaz proponowanych psychologicznych narzędzi diagnostycznych – podzielonych ze względu na badany okres rozwojowy (wczesne dzieciństwo, okres przedszkolny, okres szkolny, adolescencja) oraz specyfikę pomiaru psychologicznych zmiennych (diagnoza rozwoju, intelektu, zdolności poznawczych, funkcji emocjonalno-społecznych i osobowości, mowy, kontekstu rodzinnego, objawów zaburzeń psychicznych). Prezentowany wykaz spełnia kryteria współczesnego modelu diagnostyki klinicznej, uwzględniającej zarówno profil psychologiczny, jak i społeczno-kulturowy kontekst funkcjonowania osoby badanej (diagnoza psychosocjalna). Praktyka oparta na dowodach i dostosowany do jej wymogów wykaz narzędzi zakładają, że dobra praktyka kliniczna powinna nie tylko bazować na doświadczeniu klinicysty, ale przede wszystkim odwoływać się do sprawdzonych, rzetelnych danych i współczesnych badań naukowych.

Słowa kluczowe: diagnoza kliniczna, testy psychologiczne, standardy diagnozy klinicznej, dzieci i młodzież, psychologia kliniczna

Abstract

The aim of the article is to discuss the standards of clinical diagnosis in children and adolescents in the context of theoretical models and psychological practice. Contemporary clinical practice standards refer to evidence-based practice (including evidence-based psychological practice, EBPP). A correct interdisciplinary diagnosis, as in the global standards, is primarily required due to an observed increase in the prevalence of emotional problems, behavioural difficulties and mental disorders among younger and younger children. The clinical psychological diagnostic process plays a key role in this respect. It is a process that takes into account both the individual and developmental context as well as the biopsychosocial nature of difficulties experienced by the child. Inference based on the interview, observation and results of standardised psychological tools, referring to clinical research and scientific theories, is an essential part of this process. The paper discusses in detail the worldwide standards of a clinical psychological diagnostic process and the specificity of clinical diagnosis in children and adolescents. At the same time, guidelines for clinical psychological diagnosis in children and adolescents have been proposed in relation to the Polish realities of clinical practice. The authors prepared and shared a list of psychological tests for use in clinical assessment of children and adolescents. The list is divided based on the studied development period (early childhood, pre-school age, school age, adolescence) and the specificity of measuring psychological variables (diagnosis of development, intelligence, cognitive abilities, emotional and social competence and personality, language development, family context,

symptoms of mental disorders). The proposed psychological test list corresponds to the contemporary approach to clinical diagnosis, taking into account both the psychological profile and the socio-cultural context of the examined person's functioning (psychosocial diagnosis). The evidence-based practice and the proposed list of psychological tools assume that good clinical practice should be based not only on the clinician's experience, but above all on verified, reliable data and available scientific research.

Keywords: clinical diagnosis, psychological tests, standards of clinical diagnosis, children and adolescents, clinical psychology

STANDARDY PSYCHOLOGICZNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ

Współczesne standardy praktyki klinicznej nawiązują do postulatów medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine*, EBM) (Djulbegovic i Guyatt, 2017), a w konsekwencji postulują stosowanie praktyki psychologicznej opartej na dowodach (*evidence-based psychological practice*, EBPP) (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Praktyka oparta na dowodach zakłada, że diagnostyka kliniczna i oddziaływanie terapeutyczne powinny nie tylko bazować na doświadczeniu klinicysty, ale przede wszystkim odwoływać się do sprawdzonych, rzetelnych danych i współczesnych badań naukowych (Blease *et al.*, 2016). Lansowany współcześnie w medycynie model biopsychospołeczny zakłada zaś interdyscyplinarną diagnozę, uwzględniającą zarówno profil psychologiczny osoby badanej, jak i społeczno-kulturowy kontekst jej funkcjonowania (Hunsley i Mash, 2010). Taka diagnoza jest podstawą skutecznej i efektywnej interwencji (Paluchowski, 2010). Jednoznacznie wskazuje się, że trafna, a zarazem etyczna diagnostyka psychologiczna to diagnostyka oparta na dowodach (*evidence-based assessment*) (Brzeziński, 2016; Stemplewska-Żakowicz, 2009).

Naukowo sprawdzone metody pomiaru różnorodnych zmiennych psychologicznych to z jednej strony metody kwestionariuszowe (testy psychologiczne służące do oceny rozwoju intelektualnego czy funkcji poznawczych, kwestionariusze odnoszące się do rozmaitych cech psychologicznych), a z drugiej metoda kliniczna (wywiad, obserwacja, rozmowa psychologiczna, eksperyment kliniczny, testy projekcyjne). Warto zwrócić uwagę, że zgodnie z wytycznymi Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission, ITC) (International Test Commission, 2001) każda procedura – czy to ilościowa, czy to jakościowa – wykorzystana do testowania w procesie diagnozy powinna być traktowana jako test. Proponowane współcześnie kryteria oceny narzędzi diagnostycznych i standardy stosowania testów psychologicznych można ogólnie podzielić na dotyczące samego narzędzia używanego przez psychologa oraz dotyczące jego kompetencji (EFPA, 2013; Komisja ds. Testów Psychologicznych Komitetu Psychologii PAN; Paluchowski i Stemplewska-Żakowicz, 2008). Wykorzystanie każdego narzędzia psychologicznego wymaga przede wszystkim odpowiednich kompetencji – najczęściej specjalistycznej wiedzy psychologicznej, poświadczonej dyplomem ukończenia studiów magisterskich. Przy stosowaniu testów niezbędna

jest wiedza dotycząca zasad pomiaru, procedur walidacji i możliwości wyboru innych, alternatywnych procedur testowych (American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, 2007). Tylko wiarygodny test w rękach kompetentnego psychologa może wyznaczać kierunek dalszych analiz.

Błędem byłoby jednak sprowadzanie klinicznej diagnostyki psychologicznej wyłącznie do zastosowania danego narzędzia. Celami diagnozy są bowiem zarówno opis i ocena aktualnego funkcjonowania osoby badanej (funkcja opisująca i oceniająca), jak i wyjaśnienie patomechanizmu objawów (funkcja eksplanacyjna), wnioskowanie dotyczące rokowań (funkcja predykcyjna) i możliwych czy zalecanych oddziaływań o charakterze terapeutycznym (funkcja korekcyjna lub terapeutyczna) (Cierpiąłkowska *et al.*, 2016; Paluchowski, 2007). Kliniczna diagnoza psychologiczna jest zatem procesem, z którego wnioski stanowią wypadkową wyników uzyskanych przez osobę badaną w poszczególnych testach oraz interpretacji dokonanej przez diagnostę zgodnie z wybranym modelem teoretycznym. W tym kontekście zasadne jest używanie pojęcia „diagnostyka”, podkreślającego istotę opisywanego procesu.

Z perspektywy klinicznej zasadne jest stosowanie narzędzi adekwatnych do możliwości osoby badanej i pozwalających na obiektywną ocenę subiektywnie doświadczanych objawów. W Polsce istnieje kilku wydawców takich narzędzi. Najczęściej są to pracownice testów psychologicznych, gwarantujące zgodność narzędzi ze standardami Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (American Psychological Association, APA)*.

Zasady związane z użytkowaniem testów psychologicznych wskazują na konieczność spełniania przez nie kryteriów naukowych (trafność i rzetelność statystyczna) (EFPA, 2013; International Test Commission, 2001). W polskiej literaturze powyższy pogląd jest promowany przez Komisję ds. Testów Psychologicznych Komitetu Psychologii Państwowej Akademii Nauk (PAN). Zasady testowania, obowiązki osoby prowadzącej badanie testowe czy zasady interpretacji i gromadzenia wyników badania psychologicznego znalazły się w standardach opracowanych przez American Educational Research Association, American Psychological Association

* Do najczęściej proponowanych testów psychologicznych należą w Polsce testy wydawane przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (www.practest.com.pl) oraz Pracownię Testów Psychologicznych i Pedagogicznych (www.pracowniatestow.pl).

i National Council on Measurement in Education (2007). Wytyczne dotyczące stosowania procedur diagnostycznych w badaniu psychologicznym odnaleźć można także w publikacjach polskich badaczy (Paluchowski, 2010, 2007; Paluchowski i Stemplewska-Żakowicz, 2008).

Wiarygodny test psychologiczny musi być zgodny z teorią empiryczną, na której się opiera, co gwarantuje, że wiedza zdobyta za jego pomocą jest empirycznie sprawdzalna (Bornstein, 2017). Test powinien zostać opublikowany w recenzowanej publikacji naukowej, wskazane jest też, aby był akceptowany zarówno przez praktyków, jak i badaczy zajmujących się daną problematyką. W świetle przyjętych standardów narzędzie psychologiczne musi być dostępne w specjalistycznej sprzedaży wraz z podręcznikiem i kompletem pomocy (klucze, normy, rodzaj potencjalnych błędów) (Komisja ds. Testów Psychologicznych Komitetu Psychologii PAN). Podręcznik winien zawierać opis niezbędnych procedur i wiedzy teoretycznej stanowiącej podstawę metody. Stosowanie testów psychologicznych musi być ponadto dostosowane do zasad kodeksu etycznego zawodu psychologa, ustawy o ochronie danych osobowych oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Brzeziński, 2016). Zazwyczaj wymaga również pozyskania licencji (Stemplewska-Żakowicz, 2009).

Wszelkie decyzje dotyczące diagnozy psycholog podejmuje na bazie najlepszych i najbardziej adekwatnych dowodów naukowych, z uwzględnieniem możliwych kosztów i korzyści oraz dostępnych zasobów i alternatywnych rozwiązań. Zaangażowanie aktywnego, świadomego pacjenta jest jednym z kluczowych czynników wpływających na skuteczność usług psychologicznych. Decyzji związanych z terapią czy rehabilitacją nie mogą podejmować osoby niewykształcone i nieznające specyfiki konkretnego przypadku. W XXI wieku specjalista psychologii klinicznej ma kompetencje pozwalające spełnić powyższe standardy (Soroko i Cierpiałkowska, 2016).

SPECYFIKA DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ DZIECI I MŁODZIEŻY

Okres dzieciństwa i dorastania to czas intensywnych przemian biologicznych, osobowościowych i społecznych. Zmiany w wyglądzie i obrazie ciała, proces separacji i kształtowania własnej tożsamości, adaptacja do zmieniających się ról społecznych – to główne wyzwania rozwojowe, którym musi sprostać dorastający człowiek. Nierzadko pojawiają się wówczas lęk, negatywizm lub agresja (Grzegorzewska *et al.*, 2016). Ich okresowe nasilenie u dzieci w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym oraz w adolescencji związane jest ze stopniowym dojrzewaniem układu nerwowego, a zarazem z rosnącą świadomością siebie i otoczenia czy rozwojem wyobraźni. Zachowania impulsywne albo lękowe w dzieciństwie nie zawsze zatem stanowią objaw zaburzenia – równie często są wyrazem zmagania się z napięciem wynikającym z kryzysu rozwojowego (Schaffer i Kipp, 2015). Charakter i granice tego, co rozwojowe, zależą od kontekstu kulturowego i historycznego, więc odróżnienie zmian rozwojowych od

dysfunkcji w okresie dzieciństwa i dorastania może narażać na trudności.

Obserwacja ścieżki rozwojowej we wczesnych latach życia jest o tyle istotna, że kierunek zmian zachodzących w dzieciństwie w istotny sposób wpływa na to, co będzie się działo w życiu dorosłym (Schaffer, 2007). Według doniesień Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) u 250 mln dzieci (43%) w wieku poniżej 5 lat (z krajów o niskich i średnich dochodach) występuje poważne ryzyko zaburzeń rozwojowych (Black *et al.*, 2017). Większość zaburzeń natury psychicznej rozpoczyna się w okresie dzieciństwa i dorastania (World Health Organization, 2018). Objawy neuropsychiatryczne stanowią według WHO (2018) główną przyczynę niepełnosprawności u dzieci.

Badania monitorujące stan zdrowia i styl życia dzieci i nastolatków prowadzone w kilkudziesięciu krajach świata (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) wskazują na wzrost częstości problemów emocjonalnych. Trudności z samooceną, negatywny stosunek do szkoły, bóle psychosomatyczne, kłopoty w komunikacji z najbliższymi deklarowane są już przez osoby 11-letnie (Inchley *et al.*, 2016). Wśród dzieci o niskim poziomie satysfakcji życiowej, negatywnie oceniających swoje zdrowie i zgłaszających liczne problemy natury zdrowotnej, w tym nerwowość i gorsze samopoczucie, dominują polskie nastolatki (Inchley *et al.*, 2016).

Obserwacje praktyków klinicznych wskazują na coraz liczniejsze problemy z regulacją emocji u coraz młodszych dzieci. Warto zatem zwrócić uwagę na fakt, że w praktyce u większości dzieci mamy do czynienia z objawami łączonymi (Wysocka i Lipowska, 2010). Problem współwystępowania zaburzeń wśród dzieci to wyzwanie dla diagnostów i terapeutów. Psychiatrzy i psychologowie dziecięcy podkreślają, że jednocześnie występowanie kilku zaburzeń nie tylko istotnie modyfikuje sposób funkcjonowania dziecka, lecz także wymaga specyficznego podejścia diagnostycznego i terapeutycznego, którego celami są zarówno wyrównywanie deficytów rozwojowych, jak i maksymalizacja dobrostanu psychicznego (Lipowska, 2011; Melton *et al.*, 2016). Ponadto w okresie dzieciństwa wiele objawów natury psychicznej ma zróżnicowany w czasie i maskowany objawami somatycznymi przebieg. Trudności emocjonalne i problemy z zachowaniem towarzyszą też często przewlekłym chorobom somatycznym i niepełnosprawności ruchowej dzieci (por. Kowaluk-Romanek, 2012).

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PSYCHOLOGICZNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ DZIECI I MŁODZIEŻY

Przytoczone argumenty wyraźnie wskazują na kluczową rolę diagnostyki psychospołecznej w przypadku dzieci i młodzieży. Diagnosta powinien uwzględniać nie tylko objawy, lecz także kontekst rozwojowy i rodzinny czy tło społeczno-kulturowe. Cały proces jest rozłożony w czasie, nierzadko przenika się na pewnym etapie z procesem terapeutycznym i przede wszystkim wymaga

interdyscyplinarnej współpracy specjalistów. Na taki standard częściowo wskazują wytyczne opracowane w ramach ADOCARE (Project of Action for Teens). Efektem dwuletniej pracy różnych specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży (m.in. lekarzy, psychologów, pielęgniarek, przedstawicieli służb publicznych) było wskazanie potrzeby multimodalnych, zbalansowanych i międzysektorowych oddziaływań prewencyjnych i terapeutycznych (Coppens *et al.*, 2015). W Polsce ideom tym odpowiadają z pewnością lansowane obecnie idee leczenia środowiskowego oraz zmian w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży (Remberk, 2017).

Warto jednak zwrócić uwagę, że powodzenie postulowanych działań – na co wskazuje raport ADOCARE – zależy głównie od właściwego rozpoznania problemów dziecka i czynników zwiększających ryzyko ich powstawania. Wymaga to nie tylko poszerzania wiedzy i rozwoju kwalifikacji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą, lecz także odwoływania się do metod spełniających kryteria praktyki opartej na dowodach (por. Paluchowski, 2010).

W odpowiedzi na to zapotrzebowanie w gronie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychologii klinicznej specjalizujących się w pracy z dziećmi i młodzieżą oraz konsultanta krajowego w dziedzinie psychologii klinicznej opracowano zestaw narzędzi (tab. 1) zalecanych w psychologicznej diagnostyce klinicznej dzieci i młodzieży. Zestawienie obejmuje testy stosowane obecnie w psychologicznej praktyce klinicznej w Polsce, a zarazem spełniające kryteria naukowe i standardy omówione w niniejszym artykule. Diagnostyka psychologiczna traktowana jako proces pozwala bowiem na zobiektywizowaną ocenę trudności emocjonalnych i problemów z zachowaniem w kontekście biopsychospołecznym i rozwojowym. W wykazie zostały ujęte często równorzędne narzędzia, spełniające kryteria wiarygodności i dobroci, opisane szczegółowo w pierwszej części artykułu. W zestawieniu wyróżniono narzędzia opracowane w celu oceny poszczególnych zmiennych w populacji ogólnej i w możliwie szerokim spektrum grup specjalnych oraz mające możliwe najświeższe normy i akceptowalne własności psychometryczne (jeśli jest to wymagane z uwagi na typ narzędzia). Wykaz zawiera również narzędzia, które są przeznaczone do diagnozy wąskich grup specjalnych lub nie mają w pełni satysfakcjonujących własności psychometrycznych, jednak wartość kliniczna uzasadnia ich stosowanie. Mając na uwadze polskie realia, w wykazie zawarto narzędzia funkcjonujące w praktyce klinicznej i świadczeniach psychologicznych. Nie uwzględniono natomiast narzędzi będących w trakcie nowelizacji albo prac przygotowawczych. Jednocześnie należy podkreślić, że diagnostyka psychologiczna dzieci i młodzieży jest procesem uwzględniającym aspekt psychospołeczny i rozwojowy oraz bazującym na obserwacji, wywiadzie i użyciu narzędzi diagnostycznych. Ze względu na kontekst indywidualny dziecka i kontekst badania wnioskowanie diagnostyczne może być oparte na różnych, a zarazem równorzędnych metodach.

Stosowanie części najnowszych testów (przykładowo Stanford-Binet 5) wymaga ukończenia certyfikowanego szkolenia. W niektórych wypadkach szkolenia są warunkiem koniecznym dla wszystkich grup zawodowych uprawnionych do użytkowania narzędzia, w innych są w odniesieniu do psychologów jedynie zalecane, a w odniesieniu do pozostałych użytkowników – konieczne. Z uwagi jednak na złożoność procedury badania niektórymi narzędziami i rosnącą specjalistyczną wiedzę na temat specyfiki rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży rekomenduje się, aby psychologowie korzystali ze szkoleń doskonalących w zakresie diagnozy psychologicznej (np. ADOS-2, metody projekcyjne, skale obserwacyjne).

Co ważne, podany zestaw nie wyklucza możliwości zastosowania innych metod standaryzowanych, uwzględniających możliwości dziecka i adekwatnych do sytuacji badania. Ponadto pracownice będące wydawcami testów w Polsce unowocześniają narzędzia i starają się wydawać je na bieżąco, należy zatem brać pod uwagę potrzebę aktualizowania przedstawionej rekomendacji – przynajmniej raz na kilka lat.

PODSUMOWANIE

Diagnostyka kliniczna dzieci i młodzieży powinna odpowiadać czasom, w których żyjemy i w których wzrastają dzisiejsi adolescenti. Interdyscyplinarne i multimodalne oddziaływania diagnostyczno-terapeutyczne, uwzględniające zdobycze cywilizacji (m.in. nowoczesne technologie), wydają się zasadniczym wyzwaniem w prewencji i terapii problemów psychicznych u dzieci i młodzieży. Kluczową rolę powinna tu odgrywać diagnostyka psychologiczna, stanowiąca cały system badania, odwołujący się do określonych modeli teoretycznych i metod opartych na dowodach naukowych.

Standardy zaproponowane i omówione w artykule mają wspierać specjalistów w prowadzeniu dobrej praktyki diagnostycznej. Celami rekomendacji są również zwiększanie świadomości społecznej na temat dobrych praktyk diagnostycznych oraz wzmacnianie kompetencji zawodowych psychologów. Przede wszystkim jednak zachowywanie właściwych standardów w zakresie wykorzystywania narzędzi psychologicznych w praktyce klinicznej znacznie zwiększa szansę na trafne rozpoznanie, a w konsekwencji na skuteczne leczenie dzieci i młodzieży oraz efektywną prewencję.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

	Nazwa	Badany obszar	Zakres wiekowy	Wydawca
I. Wczesny rozwój, rozwój dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym				
1.	Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci IDS	Zdolności poznawcze, kompetencje emocjonalno-społeczne, umiejętności psychomotoryczne, zdolności matematyczne, język, motywacja osiągnięć	3–5, 5–10	PTP (Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego) sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
2.	Skala Inteligencji Stanford-Binet 5	Inteligencja ogólna, werbalna, niewerbalna, płynna, skryzalizowana	2–18	PTPiP (Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych) w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
3.	Dziecięca Skala Rozwojowa DSR	Wczesny rozwój	0;2–3	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
4.	Krótką Skala Rozwoju Dziecka KSRD	Przesiewowa ocena rozwoju	1–12	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
5.	Bateria metod diagnozy rozwoju psychomotorycznego dzieci 5- i 6-letnich	Diagnoza rozwoju i gotowości szkolnej	5–6	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
6.	Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa (po odbyciu szkolenia)	Diagnoza rozwoju psychoruchowego	1–3, 4–6	Centrum Dziecięce w Monachium; szkolenia w Polsce
II. Intelpekt				
1.	Skala Inteligencji Stanford-Binet 5	Inteligencja ogólna, werbalna, niewerbalna, płynna, skryzalizowana	2–18	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
2.	Test Matryc Ravena – wersja kolorowa, wersja standard	Test przesiewowy – inteligencja ogólna	4–10, 6–16	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
3.	Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella CFT 1-R	Inteligencja niewerbalna	4–9	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
4.	Neutralny Kulturowo Test Inteligencji Cattella CFT 20-R	Inteligencja niewerbalna	8–19, 20–59	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
5.	Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera	Inteligencja niewerbalna (skala zalecana przy diagnozie dzieci słabosłyszących i mających problemy z mową)	3–15	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
6.	Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci WISC-R – wersja zmodyfikowana (obecnie brak aktualnych norm; wyniki testu możliwe do interpretacji wyłącznie po uwzględnieniu zalecanej poprawki; nowa wersja narzędzia planowana na 2020 rok)	Inteligencja ogólna	6–16	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
III. Diagnoza w kierunku objawów zaburzeń psychicznych				
1.	Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAIC i STAI	Lęk jako cecha, lęk jako stan; narzędzie przesiewowe do diagnozy objawów lękowych u dzieci	10–14, 15–16 i dorośli	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
2.	Skale Objawowe Zaburzeń Lękowych SOZL	Skale objawowe w kierunku zaburzeń lękowych według DSM-5 (agorafobia, fobie specyficzne, lęk społeczny, lęk separacyjny, napady paniki, mutyzm wybiórczy)	Dzieci od lat 3, młodzież, dorośli	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
3.	Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży CDI 2	Objawy depresyjne u dzieci	7–18	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
4.	Protokół obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu ADOS-2	Funkcje społeczne; diagnoza w kierunku spektrum autyzmu	Od 1. r.ż., młodzież, dorośli	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
5.	* Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Spektrum Autyzmu ASRS * Zalecane pogłębienie diagnozy o diagnozę teorii umysłu.	Badanie w kierunku spektrum autyzmu – skale objawowe (wersja dla rodzica oraz nauczyciela)	2–5, 6–18	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl

Tab. 1. Proponowane psychologiczne narzędzia diagnostyczne dla dzieci i młodzieży. Źródło: M. Lipowska, K. Sitnik-Warchulska, B. Izydorczyk, 2018, opracowanie własne

	Nazwa	Badany obszar	Zakres wiekowy	Wydawca
6.	Skale objawowe zaburzeń okresu adolescencji	Skale przesiewowe, objawowe – zaburzenia zachowania, ADHD, zaburzenia odżywiania, depresja	Młodzież	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
7.	Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy ADHD CONNERS 3	Diagnoza w kierunku nadpobudliwości i zaburzeń zachowania (wersja samoopisowa, dla rodzica, nauczyciela)	6–18	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
8.	Test MOXO	Diagnoza w kierunku zaburzeń uwagi i nadpobudliwości (uwaga, czas reakcji, nadaktywność, impulsywność)	7–12, 13–60	NeuroTech, www.moxo-adhd.pl
9.	Kwestionariusz Agresywności Młodzieży – Reaktywność Emocjonalna	Agresywność	Młodzież	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
10.	Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL	Pomiar nastroju; przesiewowo w diagnozie depresji (pobudzenie napięciowe, pobudzenie energetyczne, tonus hedonistyczny)	16–79	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
IV. Zdolności poznawcze				
1.	Test Pamięci Wzrokowej Bentona	Percepcja i pamięć wzrokowa	5–25, 55–75	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
2.	Diagnozowanie Uszkodzeń Mózgu DUM	Pamięć wzrokowo-przestrzenna i wzrokowo-konstrukcyjna, praktyka konstrukcyjna	5–21	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
3.	Kalifornijski Test Uczenia się Językowego CVLT	Uczenie się językowe, pamięć	16–79	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
4.	Test Uczenia się Słuchowego TUS	Uczenie się słuchowe	9–13	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
5.	Bateria diagnozy funkcji poznawczych PU1	Pamięć, uwaga, funkcje wykonawcze	10–12	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
6.	Test sortowania kart z WISCONSIN (wymaga wiedzy neuropsychologicznej w zakresie stosowania u dzieci)	Funkcje wykonawcze		PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
7.	Test do Badania Uwagi D2	Uwaga	11–19	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
8.	Test Porównywania Znanych Kształtów MFF	Refleksyjność/impulsywność	9–17	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
9.	Screeningowy Audiometr Tonalny z Testami Centralnymi i modułem terapeutycznym	Słuch obwodowy, centralne przetwarzanie słuchowe	7–16	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
V. Mowa				
1.	Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie OTSR	Rozwój językowy	2–6	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
2.	Test Słownikowy dla Dzieci TSD	Rozwój językowy	4–7	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
3.	Test Rozwoju Językowego TRJ	Rozwój językowy	4–8	IBE (Instytut Badań Edukacyjnych)
4.	Kalifornijski Test Uczenia się Językowego CVLT	Uczenie się językowe	16–79	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
VI. Rozwój emocjonalno-społeczny, diagnoza osobowości				
1.	Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE	Inteligencja emocjonalna	15–19	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
2.	Skala Rozwoju Emocjonalnego SkaRE	Rozwój emocjonalny, rozwój społeczny	3–6	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl

Tab. 1. Proponowane psychologiczne narzędzia diagnostyczne dla dzieci i młodzieży. Źródło: M. Lipowska, K. Sitnik-Warchulska, B. Izydorczyk, 2018, opracowanie własne (cd.)

	Nazwa	Badany obszar	Zakres wiekowy	Wydawca
3.	Lista Przymiotników ACL	Wielowymiarowy test osobowości (skale potrzeb, skale tematyczne, skale analizy transakcyjnej, skale twórczości i inteligencji, a także skale kontrolne)	15–69	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
4.	lub Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R	Wielowymiarowy test osobowości (psychotyzm, neurotyzm, ekstrawersja – introwersja, skłonność do przestępstw, skłonność do uzależnień)	16–30, 31–69	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
5.	lub Inwentarz Osobowości NEO-FFI	Wielowymiarowy test osobowości (neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność)	15–19, dorośli	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
6.	lub Inwentarz Osobowości NEO-PI-R	Wielowymiarowy kwestionariusz osobowości (neurotyczność: lęk, agresywna wrogość, depresyjność, nadmierny krytycyzm, impulsywność i nadwrażliwość; ekstrawertyczność: serdeczność, towarzyskość, asertywność, aktywność, poszukiwanie doznań i emocje pozytywne; otwartość na doświadczenie: wyobraźnia, estetyka, uczucia, działania, idee i wartości; ugodowość: zaufanie, prostolinijność, altruizm, uступliwość, skromność i skłonność do rozczulania się; sumienność: kompetencja, skłonność do porządku, obowiązkowość, dążenie do osiągnięć, samodyscyplina i rozwaga)	17–29, 30–79	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
7.	Test Osobowości TO, Test Osobowości i Zainteresowań TO-Z	Wielowymiarowy kwestionariusz osobowości (samokrytyka – brak samokrytyki, nastawienie społeczne – nastawienie aspołeczne, ekstrawersja – introwersja, nieneurotyczny – neurotyczny, niemaniakalny – maniakalny, niedepresyjny – depresyjny, nieschizoidalny – schizoidalny, nieparanoidalny – paranoidalny, wegetatywnie stabilny – wegetatywnie labilny) oraz skale zainteresowań	VIII klasa szkoły podstawowej, III–IV klasa szkoły średniej	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
8.	Test Niedokończonych Zdań Rottera	Ustrukturyzowany kwestionariusz projekcyjny – poziom adaptacji, nasilenie konfliktów	Dzieci, młodzież, dorośli	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
9.	Test Apercepcji Tematycznej dla Dzieci CAT-A, CAT-H, młodzieży i dorosłych TAT	Narzędzie projekcyjne do badania osobowości	3–10, młodzież, dorośli	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
10.	lub Test Bajek FTT	Narzędzie projekcyjne do badania osobowości (na podstawie teorii relacji z obiektem)	6–12	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
11.	Kwestionariusz Kompetencji Interpersonalnych ICQ-R	Kompetencje interpersonalne	15–67	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
12.	Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI	Diagnoza samooceny	16–19 i dorośli	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
13.	lub Skala Samooceny Rosenberga	Diagnoza samooceny	14–18 i dorośli	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
14.	Scenotest	Diagnoza osobowości; narzędzie diagnostyczne i terapeutyczne (na podstawie koncepcji psychoanalitycznych)	Dzieci, młodzież, dorośli	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
15.	Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS	Kompetencje społeczne	15–19	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
16.	Test Rozumienia Emocji TRE	Rozumienie emocji	15–25 i dorośli	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl

Tab. 1. Proponowane psychologiczne narzędzia diagnostyczne dla dzieci i młodzieży. Źródło: M. Lipowska, K. Sitnik-Warchulska, B. Izydorczyk, 2018, opracowanie własne (cd.)

	Nazwa	Badany obszar	Zakres wiekowy	Wydawca
17.	Kwestionariusz Temperamentu EAS	Diagnoza temperamentu	3–11, 16–50	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
VII. Rodzina				
1.	Diagnoza Węzi Rodzinnych Dzieci i Młodzieży lub	Węzi rodzinne	5–13 i więcej	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
2.	Test Relacji Rodzinnych TRR lub	Relacje rodzinne	6–14	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
3.	Skale Oceny Rodziny SOR	Ocena funkcjonowania rodziny (spójność, elastyczność, komunikacja)	12 i więcej	PTP sp. z o.o. w Warszawie,, www.practest.com.pl
4.	Kwestionariusz Relacji z Rodzeństwem – w okresie adolescencji	Relacje z rodzeństwem	12–25	PTPiP w Gdańsku www.pracowniatestow.pl
5.	Kwestionariusz Relacji Rodzinnych KRR	Relacje rodzinne	15–20	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
6.	Rodzice a młodzież SPR-2	Postawy rodzicielskie	13–20	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
VIII. Trudności szkolne				
1.	Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci IDS	Zdolności poznawcze, kompetencje emocjonalno-społeczne, umiejętności psychomotoryczne, zdolności matematyczne, język, motywacja osiągnięć	3–5, 5–10	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
2.	Skala Gotowości Matematycznej i Ryzyka Dyskalkulii	Ryzyko dyskalkulii	4;7–7;5	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
3.	Bateria metod diagnozy rozwoju psychomotorycznego dzieci 5- i 6-letnich – wersja zrewidowana	Gotowość szkolna	5–6	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
4.	Diagnoza dysleksji u uczniów klasy III szkoły podstawowej DYSLEKSJA 3	Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu	Klasa III szkoły podstawowej	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
5.	Diagnoza dysleksji u uczniów klasy V szkoły podstawowej DYSLEKSJA 5	Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu	Klasa V szkoły podstawowej	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
6.	Zestaw metod diagnozy trudności w czytaniu. Test Dekodowania	Ryzyko dysleksji	Klasa I szkoły podstawowej	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
7.	Bateria metod diagnozy przyczyn niepowodzeń szkolnych u uczniów w wieku 7–9 lat	Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu	7–9	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
8.	Bateria metod diagnozy przyczyn niepowodzeń szkolnych u uczniów w wieku 10–12 lat	Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu	10–12	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
9.	Bateria metod diagnozy przyczyn niepowodzeń szkolnych u uczniów w wieku gimnazjalnym – BATERIA-GIM	Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu	13–15	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
10.	Bateria metod diagnozy przyczyn niepowodzeń szkolnych u uczniów powyżej 16. roku życia – BATERIA-16 plus	Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu	16 i więcej	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
11.	Bateria metod diagnozy dyskalkulii u uczniów w wieku 10–12 lat	Specyficzne trudności arytmetyczne	10–12	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
12.	Skala oceny sprawności grafomotorycznych	Dysgrafia	Klasy I–VI szkoły podstawowej	PTPiP w Gdańsku, www.pracowniatestow.pl
13.	Skala Umiejętności Fonologicznych – Skala F	Sprawności fonologiczne	Klasy I–IV szkoły podstawowej	PTP sp. z o.o. w Warszawie, www.practest.com.pl
Kolorem szarym wyróżniono narzędzia, które zostały opracowane w celu oceny poszczególnych zmiennych w populacji ogólnej i w możliwie szerokim spektrum grup specjalnych oraz które mają możliwe najświeższe normy i akceptowalne własności psychometryczne (gdy jest to wymagane z uwagi na typ narzędzia).				

Tab. 1. Proponowane psychologiczne narzędzia diagnostyczne dla dzieci i młodzieży. Źródło: M. Lipowska, K. Sitnik-Warchulska, B. Izydorczyk, 2018, opracowanie własne (cd.)

Piśmiennictwo

- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education: Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice: Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006; 61: 271–285.
- Black MM, Walker SP, Fernald LCH et al.; Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee: Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* 2017; 389: 77–90.
- Blease CR, Lilienfeld SO, Kelley JM: Evidence-based practice and psychological treatments: the imperatives of informed consent. *Front Psychol* 2016; 7: 1170.
- Bornstein RF: Evidence-based psychological assessment. *J Pers Assess* 2017; 99: 435–445.
- Brzeziński JM: Etyka postępowania psychologa klinicznego w badaniach nukowych i praktyce. In: Cierpiałkowska L, Sęk H (eds.): *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 81–100.
- Cierpiałkowska L, Soroko E, Sęk H: Modele diagnozy klinicznej a problemy diagnostyczne. In: Cierpiałkowska L, Sęk H (eds.): *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 197–213.
- Coppens E, Vermet I, Knaeps J et al.: ADOCARE – A preparatory action related to the creation of an EU network of experts in the field of adapted care for adolescents with mental health problems. European Union, Brussels 2015.
- Djullbegovic B, Guyatt GH: Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet* 2017; 390: 415–423.
- EFPA: EFPA Review Model for the Description and Evaluation of Psychological and Educational Tests. Version 4.2.6. 2013. Available from: <http://www.efpa.eu/professional-development/assessment> [cited: 1 July 2018].
- Grzegorzewska I, Pisula E, Borkowska AR: Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży. In: Cierpiałkowska L, Sęk H (eds.): *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 499–516.
- Hunsley J, Mash EJ: The role of assessment in evidence-based practice. In: Antony MM, Barlow DH (eds.): *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. 2nd ed., Guilford Press, New York 2010: 3–22.
- Inchley J, Currie D, Young T et al. (eds.): Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 7), Copenhagen 2016.
- International Test Commission: International guidelines for test use. *International Journal of Testing* 2001; 1: 93–114.
- Komisja ds. Testów Psychologicznych Komitetu Psychologii PAN: Stanowisko Komisji ds. Testów Psychologicznych Komitetu Psychologii PAN w sprawie kryteriów wiarygodności wyników badań diagnostycznych. Available from: www.kompsych.pan.pl/images/Komisja_Test%C3%B3w/Kryteria_wiarygodno%C5%9Bci_wynik%C3%B3w_bada%C5%84_diagnostycznych.pdf [cited: 1 July 2018].
- Kowaluk-Romanek M: Choroba przewlekła a zachowania przystosowawcze dzieci w młodszym wieku szkolnym. *Med Og Nauk Zdr* 2012; 18: 348–353.
- Lipowska M: Dysleksja i ADHD – współwystępujące zaburzenia rozwoju. Neuropsychologiczna analiza deficytów pamięci. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2011.
- Melton TH, Croarkin PE, Strawn JR et al.: Comorbid anxiety and depressive symptoms in children and adolescents: a systematic review and analysis. *J Psychiatr Pract* 2016; 22: 84–98.
- Paluchowski WJ: Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski Burows”? *Roczniki Psychologiczne* 2010; 13: 7–27.
- Paluchowski WJ: Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
- Paluchowski WJ, Stemplewska-Żakowicz K: Podstawy diagnozy psychologicznej. In: Strelau J, Doliński D (eds.): *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Vol. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008: 25–94.
- Remberk B: Czy już czas na zmiany? *Psychiatr Psychol Klin* 2017; 17: 256–259.
- Schaffer HR: Psychologia dziecka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Schaffer DR, Kipp K: Psychologia rozwoju. Od dziecka do dorosłości. Harmonia, Gdańsk 2015.
- Soroko E, Cierpiałkowska L: Jakość diagnozy klinicznej i jej uwarunkowania. In: Cierpiałkowska L, Sęk H (eds.): *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 263–280.
- Stemplewska-Żakowicz K: Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009.
- World Health Organization: Child and adolescent mental health. 2018. Available from: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/ [cited: 12 December 2018].
- Wysocka A, Lipowska M: Genetyczne podłoże współwystępowania ADHD i dysleksji rozwojowej. *Psychiatr Psychol Klin* 2010; 10: 189–194.